

**NYS Division of Veterans' Affairs  
#2 Empire State Plaza, 17<sup>th</sup> Floor  
Albany, New York 12223-1551  
Telefono: (518) 474-6784**

**RICHIESTA DI INDENNITÀ PER I GENITORI DI "GOLD STAR"**

*Decreto dello Stato di New York, numero 367*

1. **Nome completo del richiedente:** \_\_\_\_\_  
Cognome, nome, iniziale del secondo nome

2. **Indirizzo attuale del richiedente:** \_\_\_\_\_  
Numero, Via, numero dell'appartamento, casella postale

\_\_\_\_\_  
Città, Stato, codice di avviamento postale

3. **Telefono:** \_\_\_\_\_ **Indirizzo Email:** \_\_\_\_\_

4. **Numero di previdenza sociale del richiedente:** \_\_\_\_\_

5. **Rapporto col veterano deceduto:** \_\_\_\_\_

6. **Vi sono altri aventi diritto a ricevere questa indennità?**      **SÌ** o **NO**  
Se sì, fornirne nome, indirizzo e numero di previdenza sociale:

\_\_\_\_\_  
7. **Lei o altri aventi diritto siete al momento in uno stato di detenzione?**      **SÌ** o **NO**

8. **Nome completo del veterano deceduto:** \_\_\_\_\_  
Cognome, nome, iniziale del secondo nome

9. **Data di nascita del veterano deceduto:** \_\_\_\_\_

10. **Numero di previdenza sociale o codice di servizio del veterano deceduto:** \_\_\_\_\_

11. **Corpo di appartenenza:** \_\_\_\_\_ **Grado/livello:** \_\_\_\_\_

12. **Numero di pratica del U.S. Department of Veterans Affairs (VA) (ove disponibile):**

\_\_\_\_\_  
13. **Luogo e data del decesso:** \_\_\_\_\_

Si certifica che le suddette dichiarazioni sono complete e rispondenti al vero; tali dichiarazioni sono state effettuate con la consapevolezza del reato intenzionale di falsa testimonianza o dichiarazione fraudolenta, di cui al paragrafo 210.45 del codice di Diritto Penale.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Inviare il modello compilato a:

**NYS Division of Veterans' Affairs  
c/o Gold Star Parent Annuity  
#2 Empire State Plaza, 17<sup>th</sup> Floor  
Albany, New York 12223-1551**